

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 258

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet 1882, à 1 heure.

PAR RAPHAËL-MARIE-JOSEPH GALÿ-BRIULAT

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 29 octobre 1852,

Ancien interne à l'hôpital civil de Versailles.

LE BOUTON D'ALEP

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM. } CORNIL, professeur.

DEBOVE, GRANCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31



1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Per délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

M. THUILLIER

Ancien professeur de philosophie au lycée Louis-le-Grand,
Ancien maître de conférences à l'Ecole normale supérieure,
Ancien Recteur de l'Académie de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur de Charles III d'Espagne, etc.

A MON PÈRE

Ancien professeur de l'Université,
Ancien Principal de Collège, etc.

A MA MÈRE

A MON PREMIER MAÎTRE

M. LE DOCTEUR MAURICE ESPALLAC

Chirurgien en chef de l'hôpital de Carcassonne.

A M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Président de la Société de chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur.

A mes maîtres de l'hôpital civil de Versailles

M. LE DOCTEUR OZANNE

Chirurgien en chef honoraire de l'hôpital civil,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MM. LES DOCTEURS MAURICE, RÉMILLY, PARIS
LEROUX, GODEFROY, VELTEN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR BROUARDEL

Médecin de la Pitié,
Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES CAMARADES D'INTERNAT A L'HOPITAL
CIVIL DE VERSAILLES

LE BOUTON D'ALEP

PRÉFACE

Il nous a été donné dans le cours de notre internat à l'hôpital civil de Versailles, de pouvoir observer de près un jeune homme atteint de la maladie connue sous le nom de bouton d'Alep.

Ce jeune homme, attaché à une mission scientifique en Orient, après avoir séjourné pendant quelque temps à Alep, Bagdad, Antioche, etc., — est revenu en France présentant cette affection à peine au début. —

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier de près cette maladie, d'autant plus que malgré les travaux sur la matière, nous ne croyons pas qu'elle

ait été observée en France, ou du moins, si elle l'a été, c'est fort rarement.

Nous avons pu pendant six mois, suivre de près et voir très souvent à Versailles ce jeune malade ; nous nous y sommes fort intéressé et avons recherché avec soin tout ce qui avait été fait sur cette affection.

C'est le résultat de cette étude, aussi complète que nous avons pu le faire, joint aux observations personnelles sur notre malade, que nous présentons aujourd'hui à nos éminents professeurs, tout en nous excusant par avance de notre inexpérience et de notre inhabileté.

En terminant, qu'on nous permette de remercier ici l'éminent docteur Raymondaud, professeur de clinique externe à l'école de médecine de Limoges, qui a bien voulu nous faire part de ses travaux sur la matière, et nous a permis si gracieusement d'y puiser.

PRÉAMBULE — DÉFINITION — HISTORIQUE.

Le bouton d'Alep est une maladie de l'Orient, — c'est dire que les études qui ont été faites sur cette maladie ne sont pas aussi nombreuses que le comporte le sujet. —

Le bouton d'Alep est une dermite diffuse de l'ordre

du Lupus, se manifestant dans les zones intra et juxta-tropicales de l'ancien continent — cette affection est apyrétique — non contagieuse, d'origine probablement parasitaire, et caractérisée par l'éruption d'un ou plusieurs tubercules qui, suivant dans leur évolution des périodes toujours les mêmes, paraissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'attaquent ensuite à la peau qu'ils ulcèrent dans une durée moyenne d'une année, et laissent après eux une trace indélébile.

La première description qu'on en trouve, n'est pas comme on pourrait le croire une description médicale, c'est Alphonse Russel (1) qui, dans son histoire naturelle d'Alep et des pays voisins (1756), en fait mention.

Volney (2), en 1787, traite du bouton d'Alep, qu'il nomme aussi ulcère, et raconte, un peu en romancier, ce qu'il a vu et ce qu'il a entendu dire dans le pays sur cette affection.

Geoffroy (3) — 1812 — en dit fort peu de chose et le signale comme une maladie à peine connue.

Alibert (4) — Holland (5) — Bo (6) — Requin (7) —

(1) Russel. Histoire naturelle d'Alep et des pays voisins, 1756, p. 262.

(2) Volney. Voyage en Égypte et en Syrie. État politique de la Syrie et du pachalick d'Alep, 1787. t. II, p. 130.

(3) Geoffroy. In dictionnaire des sciences médicales, 1812, t. III, p. 293, art. Bouton d'Alep.

(4) Alibert. Revue médicale, 1829, p. 62 ; Gazette médicale de Paris, 1832, p. 260.

(5) Holland. Histoire de la Société royale de médecine, t. I, p. 314.

(6) Bo. Mémoires de la Société de médecine.

(7) Requin. Gazette médicale, 1832.

dans divers articles de dictionnaires ou de journaux du commencement du siècle, mentionnent, mais fort légèrement, cette affection.

Jusque-là pas de monographie — la première étude qui essaye d'être sérieuse — le premier traité didactique, c'est la thèse du docteur Estienne (1) — bientôt complétée par celle du docteur Guilhou (2).

A partir de ce moment, les travaux se multiplient d'autant plus que la conquête de l'Algérie ayant offert à étudier le bouton de Biskra, l'analogie des deux affections augmente le nombre des études et des travaux originaux.

La colonisation de nos possessions africaines, de nombreux voyages en Egypte et en Asie Mineure, l'expédition de Syrie, apportent leur contingent à ces travaux. Cette dernière expédition (1859) change complètement la face de la question, en unifiant les diverses modalités connues sous le nom d'Alep, de Biskra, etc.

Et ici une petite digression — affirmons dès le début — pour simplifier et rendre plus intelligible notre étude, l'identité de ces diverses affections, nous basant en cela sur des autorités de grande valeur. Ainsi Hamel (3), dans un travail fort bien fait, 1860,

(1) Estienne. Du bouton d'Alep, thèse de Montpellier, 1830, 6.

(2) Guilhou. Le bouton d'Alep, thèse de Paris, 1833.

(3) Hamel. Étude comparée du bouton d'Alep et de Biskra, In recueil de mémoires de médecine militaire, 3^e série, t. III.

conclut à l'identité des deux boutons, d'Alep et de Biskra; Weber (1) en fait autant en 1876, — le savant professeur Hirsch (2), après avoir lu tout ce qui a été fait à ce sujet, n'hésite pas à confondre dans une même description les traits caractéristiques de la maladie endémique en Algérie, en Syrie, en Perse et dans l'Inde; nous admettons, nous aussi, que cette affection répond aux modalités diverses d'une entité morbide unique, et nous en confondrons ici la description.

Mais complétons notre historique. Nous citerons encore les études de Willemin (3) — Godard (4) — Quesnoy (5) — Bertherand (6) — Libert (7) — Ponty (8) — les articles de Barrailler (de Toulon) (9) dans le dictionnaire de Jaccoud, et de Leroy de Méricourt (10) dans le dictionnaire de Dechambre, et enfin dans ces

(1) Weber. Recueil de mémoires de médecine militaire, 1876, t. XXXII.

(2) Hirsch. Handbuch der historisch-geographischen pathologie, t. II, p. 456.

(3) Willemin. Gazette médicale de Paris, 1854, p. 200.

(4) Godard. Égypte et Palestine, Masson, 1867.

(5) Quesnoy. Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires, 1850.

(6) Bertherand. Du bouton de Biskra, Gazette médicale de l'Algérie, 1857.

(7) Libert. De la pustule ou bouton d'Alep. Paris, 1859.

(8) Ponty. Relation de la campagne de l'avis à vapeur le *Surcouf* dans le golfe Persique, thèse de Montpellier, 1867.

(9) Barrailler (de Toulon). Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1866, t. V.

(10) Leroy de Méricourt. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. X, 1869.

dernières années, les travaux de Weber (1) Léon Colin (2), Kaposi (3), et le savant traité du docteur Raymondaut (4), professeur à l'école de médecine de Limoges.

DENOMINATION --SYNONYMIE.

Le nom de bouton d'Alep est une dénomination mauvaise de cette affection, parce qu'elle localise la maladie à une seule région ; nous préférons à beaucoup près celui de bouton d'Orient (5) s'il n'avait le tort de confondre cette affection avec celle de l'ulcère de Mozambique. Nous conserverons donc, si défectueux qu'il soit, le nom de bouton d'Alep.

Suivant les régions, cette maladie est connue sous le nom de : Bouton d'Alep, de Bagdad, d'Antioche de Damas, du Nil (Godard), du Caire, du Sind, de

(1) Weber. Recueil des mémoires de médecine militaire, 1876, XXXII.

(2) Léon Colin. Traité des maladies épidémiques, Paris, 1879, Baillière.

(3) Kaposi. Traité des maladies de la peau, trad. par E. Besnier et Doyon, 1881.

(4) Raymondaut. Le clou de Biskra à l'hôpital de Limoges, mémoire, Limoges, 1876.

(5) Villemin. In *loc. cit.*

Bombay, de Delhi, de Biskra, de Laghouat, des Zibanus, chancre du Sahara, ulcère congloméré, ulcère d'Alep, bouton d'Orient. Les Arabes le nomment « *hhabb èl seneh* » bouton d'un an « *mard èl tamar* » maladies des dattes, « *bes èl temeur* » qui a la même signification.

Les Turcs « *dous èl kourmali* » qui a encore le même sens.

Les Egyptiens « *hamwel Nil* » herpès du Nil, ou « *damawel* » gros ulcère.

Dans l'Inde, à Delhi « *arungzebi* » du nom d'un empereur.

Les auteurs : pyrophlyctide endémique (Alibert) (1), dermatose ulcéreuse (Poggioli, Larrey), bouton d'Orient (Willemin), etc., etc.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

Le bouton d'Alep proprement dit a pour limite au sud le nord du Golfe Persique ; il est compris dans une zone située entre les 30° et 40° degrés de latitude Nord, et les 34° et 60° degrés de longitude Est.

Mais puisque nous sommes convenus de compren-

(2) Alibert. In *loc. cit.*

dre sous cette appellation les affections de nom différent provenant d'une cause commune, nous étendrons de beaucoup cette zone, et nous embrasserons toutes les régions comprises entre le 10° et 40° parallèle.

Et sans donner de grands détails géographiques, énumérons simplement, en marchant de l'Est à l'Ouest, les localités où on le rencontre : le Maroc, l'Algérie (Zibans, Biskra, oasis de la région Saharienne), la Tunisie, Suez, Le Caire, Damas, Alep, Diarbekir, Mossoul, Ophra, l'île de Karack; = le Liban, la Géorgie, la Perse, mais bien moins affectés = ; enfin l'Inde. En résumé une zone s'étendant du Gange, à l'Est, au Maroc, à l'Ouest.

En donnant ces limites, nous n'avons nullement la pensée de déterminer d'une manière fixe le domaine du bouton d'Alep ; nous cherchons seulement à grouper les localités où, jusqu'à présent, les observations l'ont signalé (1).

Ajoutons seulement une remarque dont l'importance étiologique n'échappera à personne ; la zone comprise entre ces parallèles est remarquable par la présence d'un genre botanique important, c'est la région des palmiers-dattiers (A. de Jussieu) (2).

(1) Leroy de Méricourt. In *loc. cit.*

(2) Raymondaud. In *loc. cit.*

ETIOLOGIE.

Le cadre de notre travail ne serait certes pas assez grand pour énumérer toutes les opinions qui ont été émises à propos de cette maladie.

Nous allons examiner les plus universellement acceptées ou plutôt émises, jusque et y compris celle édictée par MM. Vandeyk Carter et Weber (1), opinion essentiellement scientifique, basée sur l'observation, et destinée, croyons-nous, à éclairer d'un jour tout nouveau l'histoire de cette maladie.

Volney, l'attribue aux eaux (2).

Les Arabes, aux dattes fraîches.

Sonrier, à une absorption de poussières (3).

Bertherand (4), à une influence miasmatique.

On en a fait un émonctoire de la fièvre intermittente.

Enfin, Vandyke, Carter, et après lui, Weber (5), en indiquent l'origine dans un cryptogame dermophyte, occupant les petits canaux lymphatiques de la peau.

On l'a attribué encore aux grandes chaleurs, à la

(1) Weber. In *loc. cit.*

(2) Volney. In *loc. cit.*

(3) Sonrier. *Gazette médicale de l'Algérie*, mars 1857.

(4) Bertherand. In *loc. cit.*

(5) Weber. In *loc. cit.*

sécrétion âcre et abondante de la peau, à un appauvrissement du sang résultant des grandes chaleurs auxquelles le corps est soumis (Godard), aux pelisses d'animaux, à l'air pur, aux marches exagérées. Signalons aussi l'étiologie des musulmans qui ne manque pas d'originalité : Dieu frappe les habitants d'un bouton pour les reconnaître. Avouons que beaucoup d'Européens seraient musulmans à ce compte. Nous avons encore l'ingestion de boissons irritantes : café, liqueurs, etc., la piquûre d'un insecte parasite du palmier-dattier (Ponty), etc., etc.

Examinons les principales de ces opinions :

1^o L'influence des eaux, — c'est sans contredit l'une des plus sérieuses et des plus discutées.

Le bouton d'Alep, suivrait dans sa marche la direction du fleuve le Coïck, et chacun des boutons que nous comprenons sous la même appellation, suivrait un cours d'eau et ne s'en écarterait pas.

Or — ceci est vrai pour le Coïck et les autres fleuves, les habitants de quelques localités situées, sur les bords de ces cours d'eau, en sont totalement exempts, tandis que d'autres, situés assez loin dans l'intérieur des terres, en sont affectés.

Il y a enfin une théorie scientifique édifiée sur la qualité de l'eau; en effet, d'après les partisans de cette doctrine, les principes introduits dans l'économie par les eaux de ces fleuves chargées de sels, sont facilement éliminés en été grâce à la chaleur, ils ne peu-

vent l'être en automne et en hiver, saisons relativement froides ; il en résulte des dépôts qui se forment dans le derme des parties les plus exposées, au visage, aux mains, etc.

Mais on boit des eaux saumâtres dans beaucoup de localités où le bouton est inconnu, d'un autre côté, à Alep, à Biskra, on fait usage de filtres, et le bouton atteint néanmoins ceux qui en usent ; les âniers qui portent dans Alep de l'eau filtrée et qui ne boivent que de cette eau, en sont fréquemment atteints. Un moine franciscain italien avait peur de contracter le bouton ; comme on l'attribuait à l'eau, il s'en priva absolument et ne but que du vin : au bout de dix ans, il eut quinze boutons. D'autres personnes se sont astreintes à ne boire que du thé, cela ne les a pas empêchées de contracter la maladie.

L'alcalinité des eaux et les matières organiques en dissolution ne prouvent rien non plus ; en effet, en analysant les eaux des fleuves, on a trouvé 2,30 p. 100 de matières salines en dissolution, on a alors prétendu, c'est l'allégation précédente sous une autre forme, que ce résidu s'éliminait par les glandes sudoripares et que l'affection provenait de là.

L'allégation est facile à détruire, les gens qui boivent de l'eau de citerne, j'ai parlé tout à l'heure de ceux qui boivent de l'eau filtrée, ont autant de boutons que les autres, de plus les enfants à la mamelle en sont souvent atteints.

Le régime des eaux ne prouve donc rien.

2° On a accusé les dattes, cette opinion est basée sur ce que beaucoup d'individus sont frappés au moment de la maturation des dattes, nous y répondons d'un mot : beaucoup d'Européens ne mangent pas de dattes et contractent la maladie.

3° Une absorption de poussières, mais la plupart des localités asiatiques et africaines sont poussiéreuses, leurs poussières sont tout aussi irritantes que celles d'Alep et de Biskra, et pourtant pas de boutons, de plus, l'affection se contracte en hiver.

4° Influence miasmatique; cette cause a été donnée par Bertherand (1), des observations sérieuses ont même semblé la confirmer, mais Masnou (2) prouve que dans des lieux très nombreux où la stagnation des eaux est habituelle, où elles sont fort saumâtres, le bouton est inconnu.

5° On l'a considéré comme un émonctoire de la fièvre intermittente; cela n'a pu être dans le cas où on l'a observé, qu'une simple coïncidence, puisque la grande majorité de ceux qui contractent cette affection n'ont jamais eu la malaria; bien plus, à Alep même, il n'y a pas de marais, pas de fièvres intermittentes; nous n'avons pu savoir s'il y en a à Biskra; à Alep, la région est composée de steppes immenses où

(1) Bertherand. In *loc. cit.*

(2) Masnou. Du bouton des Zibans, In *Gazette médicale de l'Algérie*, janvier 1859.

la chaleur atteint jusqu'à 40 et 45° à l'ombre. Il n'y gèle jamais.

6° Nous en arrivons enfin, en passant sous silence les autres opinions plus ou moins fantaisistes que nous avons énumérées, à l'opinion scientifique, basée sur la méthode expérimentale, qui fait de cette maladie une maladie parasitaire.

Leroy de Méricourt (1) dit en 1869 : « Bien qu'on ait attentivement examiné au microscope le liquide ichoreux du bouton, rien n'est venu mettre sur la trace de la présence d'un parasite. Toutefois, on ne saurait trop persévérer dans cette voie et peut-être un jour, un observateur plus heureux trouvera-t-il l'explication de la genèse de cette endémie encore voilée à nos yeux. »

Le savant observateur à qui nous empruntons ces lignes avait pressenti les travaux modernes.

En effet, en 1875, le Dr Vandyke Carter, de Bombay, examine des pièces anatomiques prises sur des individus morts de maladies intercurrentes, à différents âges du bouton.

Il prend d'abord des boutons peu développés, il trouve de nombreuses particules de volume très petit et de couleur orangée, occupant le pourtour des glandes sudoripares, il examine ensuite des pièces plus complètes, présentant le bouton à la période d'état, et

(1) Leroy de Méricourt. In *loc. cit.*
Galy-Briulat.

il trouve *d'une manière certaine et sans doute possible*, dit-il, un véritable cryptogame dermatophyte occupant les petits canaux lymphatiques de la peau. Ce dermatophyte se montre sous la forme de petits filaments entrelacés et fournissant des spores (conidies) à leurs extrémités libres, ces filaments semblent naître de micrococcus agglomérés, et il est à présumer que les particules orangées trouvées dans le premier état sont des produits de fructification de ce champignon.

Si nous rapprochons de ceci la remarque que nous avons faite au début de notre travail, de la disposition géographique du bouton d'Alep et que nous remarquons que cette région est remarquable (du 10° au 40° degré de latitude nord) par la présence de palmiers-dattiers qui ne croissent que là (A. de Jussieu), nous verrons quelles grandes conséquences nous pourrions en retirer au point de vue de l'étiologie de la maladie.

Les expériences de M. Weber, médecin militaire (1), confirment pleinement celles de M. Vandyke Carter, et Weber ajoute que l'origine du parasite présente deux hypothèses : *ou bien il naît sur les plantes indigènes, les dates, par exemple* (à rapprocher de l'observation de A. de Jussieu), ou bien il se développe sur le sol.

Notre expérience personnelle, basée sur une observation unique, ne nous a pas permis de vérifier cette

(1) Weber. In *loc. cit.*

proposition, il ne nous a été possible que d'examiner au microscope à trois âges différents le liquide de la tumeur, nous avons trouvé chaque fois, des globules de pus, de plus en plus nombreux avec l'époque où nous les avons examinés, tenus en suspension dans de la sérosité et mêlés à quelques cellules épithéliales, nous y avons aussi trouvé quelques globules rouges ; mais notre observation n'est pas suffisante pour donner une lumière à l'affection.

NOMBRE, SIÈGE, CONTAGION, INOCULATION, RÉCIDIVES.

Les indigènes donnent, suivant le nombre, des noms différents au bouton d'Alep, ils appellent mâle, le bouton unique ; femelle, le bouton multiple, qu'il y en ait deux ou un plus grand nombre, et ce nombre peut être très grand, puisque Guilhou (1) cite un indigène porteur de 77 boutons. M. de Lesseps, père de notre grand compatriote, en a eu 70. Les Alépins reconnaissent un troisième bouton, dit bouton neutre, qui présente tous les phénomènes du bouton d'Alep, mais de durée bien moindre.

(1) Guilhou. In *loc. cit.*

Le bouton attaque toutes les parties du corps; mais ici, il y a une remarque à faire, c'est que les indigènes sont surtout affectés à la face, et cela est tellement fréquent, et l'on en a une telle habitude, qu'ils vaquent à leurs occupations et sortent sans pansement, leur ulcère à nu pendant toute l'évolution du mal.

Les étrangers sont surtout affectés aux membres. Les enfants à la mamelle le contractent aussi.

De ce que nous venons de dire pour les étrangers, il ne s'ensuit pas fatalement que chez eux, le bouton ne siège qu'aux membres; ainsi, le consul d'une grande puissance, à Alep, en avait un il y a deux ans, placé sur l'extrémité du nez.

Il n'épargne pas non plus les organes génitaux; un médecin d'Antioche en possédait un exemple au bout de la verge, il est du reste fréquent sur le scrotum.

Les membres inférieurs sont sans contredit le plus souvent affectés, puis viennent les membres supérieurs; enfin, la face et le tronc, jamais le crâne.

Sur 183 cas, Weber (1) en a trouvé :

Aux membres inférieurs. . . .	87
Aux membres supérieurs. . . .	73
A la face.	17
Au tronc.	6

La race blanche y est plus sujette que la race nègre;

(1) Weber. In *loc. cit.*

ainsi sur 400 nègres à Biskra, Castaing (1) n'a trouvé en 1861, que deux sujets atteints, un jeune homme de 16 ans, et un enfant de 3 ans.

A Alep, tous les indigènes, à de très rares exceptions, sont affectés du bouton ; il n'en est pas de même en Algérie ; on a avancé aussi que tous les étrangers devaient payer ce tribut, c'est presque vrai ; il est évident par les observations multiples qui ont été faites que la plupart des étrangers ont été frappés, mais il y a des exemples peu nombreux, mais absolument certains, d'étrangers qui y ont échappé.

On a prétendu aussi que la maladie pouvait ne se développer que longtemps après le séjour dans le pays ; on a cité des exemples de 20, 25 ans ; sans nier la longue latence possible de l'affection (2), nous pouvons dire que la question est encore fort discutée et que de nouvelles observations ont besoin d'être faites.

Le malade qu'il nous a été donné d'observer portait le bouton d'Alep à la face externe de la jambe droite, un autre que nous n'avons pu voir qu'une fois et qui faisait partie de la même expédition scientifique, en portait deux à peu près également développés sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, nous avons appris que depuis cette époque, cette dernière personne avait vu s'en développer cinq nouveaux, tous aux membres inférieurs.

(1) Castaing. In Mémoires de médecine militaire, 1861.

(2) Villemin. In *loc. cit.*

Le bouton d'Alep n'est pas contagieux. On peut impunément vivre de longues années avec des personnes affectées de cette maladie sans la contracter.

Le jeune homme qui fait l'objet de notre observation a vécu en France pendant toute la durée de son affection dans un milieu fort peuplé, et des très nombreuses personnes qui l'ont approché, aucune n'a été atteinte.

La question de l'inoculation n'est pas aussi clairement élucidée, néanmoins elle entre depuis quelques années dans une voie nouvelle.

Estienne, Guilhou, Godard, Hamel, Leroy de Méricourt (1), Didelot (2), n'en acceptent pas la possibilité.

Pour Ponty, Weber, Léon Colin, Raymondau (3) il serait inoculable.

Barailler (4) n'en parle pas.

Au reste ces opinions sont bien en rapport avec la progression des études, les seuls auteurs qui se sont occupés dans ces derniers temps de cette affection, ne nient plus, grâce à de nombreuses expériences la possibilité de l'inoculation. Certains même l'acceptent.

Résumons ces expériences :

(1) Estienne, Guilhou, Godard, Hamel, Leroy de Méricourt, in *loc. cit.*

(2) Didelot. In Recueil des mémoires de médecine militaire.

(3) Ponty, Weber, Léon Colin, Raymondau, in *loc. cit.*

(4) Barailler. In *loc. cit.*

Le pus inoculé n'a donné aucun résultat.

Le pus et les croûtes inoculés à la fin de la maladie n'en ont donné non plus aucun.

A Alep même des inoculations ont été tentées en 1873, par le Dr J. Vortabel (1) et n'ont rien produit.

Weber (2) en 1876 a inoculé en vain le séro-pus du bouton de Biskra — il a alors dilué la poussière des croûtes dans l'eau, il a expérimenté sur son aide-major, et a obtenu, *à une époque ou n'apparaissent pas les clous nouveaux, en avril*, un clou à l'endroit de la piquûre, et 8 clous secondairement développés sur des endroits différents du corps.

Il procéda ensuite à deux inoculations sur un employé du télégraphe déjà atteint de l'endémie, une sur l'ancienne cicatrice, une ailleurs, et il se développa deux clous, dont le plus important est sans contredit, celui développé sur la cicatrice ancienne.

Il en conclut :

1° Que cette affection est inoculable, et que son principe actif réside dans la croûte.

2° Que l'auto-inoculation prouve que le bouton ne donne aucune immunité.

3° Que la propagation se fait par inoculation du point excorié.

(1) J. Vortabel. *Medical Times and Gazet.*, 1874.

(2) Weber. *In loc. cit.*

M. Raymondaud (1) a inoculé sans succès deux malades. Pour nous, nous nous sommes inoculé à nous-même les croûtes et le pus de notre malade, mais cela dépend-il de notre manuel opératoire, ou bien de l'impossibilité de l'inoculation, toujours est-il que nous n'avons rien obtenu.

Néanmoins les expériences de Weber nous semblent sinon concluantes, du moins d'une grande valeur; elles excluent, si elles sont exactes, l'opinion qui voulait que la récurrence fut impossible et localisent le siège de l'affection dans la croûte.

En tout état de cause, nous serions heureux que de nouvelles expériences et de nouvelles études viennent éclairer le débat.

Les animaux contractent-ils cette affection?

Les chiens la contractent dit Guilhou (2), mais pas d'autres animaux. Les chiens ne contractent pas le clou de Biskra dit Raymondaud. Le cheval en est atteint dit Bertherand (3).

La question en est là.

(1) Raymondaud. *In loc. cit.*

(2) Guilhou. *In loc. cit.*

(3) Bertherand. *In loc. cit.*

SYMPTOMATOLOGIE

Nous empruntons aux divers auteurs, en y joignant nos observations personnelles, l'étude des symptômes du bouton d'Alep.

Le bouton d'Alep, sans avoir de saison propre, affectionne surtout l'automne, ou début de la saison humide. Sa marche est absolument dépourvue de prodromes ; son incubation est courte : dans des cas fort peu fréquents, elle peut être longue. On a cité jusqu'à 20 et 25 ans.

On est convenu de lui reconnaître trois périodes :
1° Période de formation : 2° d'ulcération : 3° de cicatrisation.

1° PÉRIODE: *Formation*. — Au début, une tache rosée en forme pétéchiale de piqure de puce, disparaissant à la pression, elle s'élève bientôt en déterminant à l'entour un sentiment de démangeaison.

La tumeur grossit, l'aréole inflammatoire augmente, le prurit aussi, et la tumeur peut acquérir jusqu'à 5 cent. de diamètre, son épiderme s'exfolie bientôt en formant de petites furfures blanches, fendillées, tombant et se renouvelant plusieurs fois, et laissant voir dans l'intervalle une surface rouge, lui-

sante, presque phlegmoneuse, donnant lieu à un prurit des plus désagréables.

Cette période dure quatre à cinq mois, sans limites bien fixes.

2^e PÉRIODE : *Ulcération*. — Vers le 5^e mois, sur le sommet de la tumeur se développent une ou plusieurs papules, d'où l'on peut faire sortir par la pression un liquide séreux ; le liquide sort, se concrète en croûte fendillée, jaune grisâtre, au-dessous de laquelle se développe une ulcération taillée à pic, contenant un liquide lactescent, agglutiné, en forme de tractus, fortement adhérent à la croûte lors que l'on enlève celle-ci. L'ulcération s'étend, grandit ; la croûte peut avoir des formes diverses (si les clous se réunissent elle prend la forme d'écaille d'huitre(1), forme ostréacée). Cette croûte tombe, s'effrite et l'ulcération est définitivement constituée.

Cette ulcération est creusée à pic, ses bords sont calleux et décollés. Son fond est quelquefois situé au niveau des téguments. Le plus souvent il est lisse et dépourvu de bourgeons charnus : lorsque l'ulcère est formé de la réunion de plusieurs boutons, on trouve des espaces reliés par des bandes de peau saine : il sécrète une matière séro-purulente, quelquefois complètement purulente, et d'une fétidité extrême.

L'ulcère peut être serpiginieux, fongueux, mais

(1) Raymondaud. In *loc. cit.*

jamais il ne dépasse le tissu cellulaire sous-cutané, il est toujours entouré d'une auréole rouge prurigineuse.

3^e PÉRIODE : *Cicatrisation*. — Bientôt, les bords de l'ulcère s'abaissent, le fond s'élève, les téguments frangés et décollés contractent des adhérences et se rapprochent du centre, la suppuration cesse, et la croûte se reforme en tombant plusieurs fois, et laissant après elle une ulcération de plus en plus petite et de bonne apparence.

Elle tombe enfin définitivement, en laissant à sa place une cicatrice lie-de-vin, violacée, qui reste plane, déprimée gauffrée, qui est susceptible de prendre toutes les formes, pâlit de plus en plus à mesure qu'elle vieillit et ne disparaît jamais.

DUREE

Période de formation, 4 à 6 mois. — Période d'ulcération, 3 à 5 mois. — Période de cicatrisation, 3 à 4 mois, avec des variations très fréquentes et très nombreuses en plus ou en moins.

COMPLICATIONS. PRONOSTIC.

Les principales complications sont : le phlegmon, qui peut aller jusqu'à donner la mort : l'adénite ; l'engioleucite ; l'erysipèle, sur 200 cas, Weber (1) a observé 7 érysipèles dont un mortel ; le phagédénisme. Les complications sont fort rares, le pronostic est donc bénin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voici le résultat des observations historiques du D^r Kelsch (2) médecin-major à l'hôpital de Philippeville :

En partant des parties saines et se dirigeant vers celles qui sont malades, on voit peu à peu le corps muqueux de l'épiderme s'épaissir par l'augmentation de volume des cellules ; celles-ci gonflent notablement, et leur noyau devient plus apparent ; un peu plus

(1) Weber. In *loc. cit.*

(2) Kelsch, médecin-major à l'hôpital de Philippeville. In Weber, *recueil de mémoires*, t. XXXII, p. 51.

loin, toujours en se rapprochant du foyer d'altération, l'épaississement du corps muqueux ne résulte pas seulement de l'augmentation de volume des cellules, celles-ci sont manifestement multipliées ; en même temps, on commence à voir au milieu de ce corps muqueux, ainsi modifié, des espaces clairs, arrondis ou ovoïdes, séparés par des cloisons de cellules épidermiques, et remplis plus ou moins complètement de glabules blancs et de quelques globules rouges libres ; les premiers sont manifestement le résultat de la prolifération des cellules épidermiques ; enfin tout à fait au bord et au milieu du foyer d'altération, ces vacuoles creusés dans le corps muqueux épaissi s'agrandissent démesurément, restent distinctes, ou se réunissent en cavités irrégulières, où se retrouvent les vestiges des cloisons de séparation formées par des cellules épidermiques aplaties, allongées. Elles sont remplies par un tissu, composé en grande partie de cellules analogues aux globules du pus et sillonnées çà et là par des vaisseaux embryonnaires ; il y a beaucoup de globules rouges libres, mélangés aux globules blancs ; la couche cornée de l'épiderme n'est guère modifiée, le derme, au contraire, sur une étendue correspondant à celle du corps muqueux modifié comme il vient d'être dit, est infiltré de globules purulents, plus ou moins confluents, d'autant plus confluents qu'on se rapproche du foyer de la lésion.

Les parois des vaisseaux sont infiltrées par les mêmes

cellules, et les acini des glandes sudoripares sont séparés, disséqués par elles ; ces nappes purulentes, infiltrées dans le derme, se continuent avec les amas de cellules qui remplissent les vacuoles du corps muqueux, presque toutes ouvertes du côté du derme.

C'est l'étude la plus complète qui ait été faite, aussi n'en citerons-nous pas d'autre.

DIAGNOSTIC

Geber rapporte que dans le pays, on y considère comme bouton d'Alep beaucoup d'altérations que l'on n'a pas diagnostiquées exactement, *lupus*, *syphilis*, etc. Aussi est-il indispensable, pour faire un diagnostic aussi sérieux que possible de s'entourer de tous les commémoratifs et de tous les documents qui peuvent mettre sur la voie.

Examinons les affections avec lesquelles on l'a confondu :

1° *Lupus*. — Le *lupus* est envahissant, sa durée est illimitée, c'est le contraire dans le bouton d'Alep.

2° *Syphilis*. — Les manifestations tertiaires de la *syphilis* sur la peau sont combattues avec succès par

le traitement interne. Il est au moins inefficace dans le bouton d'Alep qu'il aggrave quelquefois.

3° *Pian*. — Le pian, espèce de vérole des nègres de la côte occidentale d'Afrique, transporté par eux au Brésil, à la Guyane, aux Antilles, est susceptible de la même observation que la syphilis, de plus il n'affecte que les nègres, ne les atteint pas tous, est contagieux et inoculable, se montre indifféremment sur toutes les parties du corps, est précédé de symptômes généraux, dure de 6 mois à 3 ans, et récidive si le traitement est abandonné.

4° *L'ulcère de Cochinchine*. — Aucune raison sérieuse n'autorise ce rapprochement (1).

5° *L'Ecthyma*, — Alix (2) dit que le prétendu clou n'est qu'une pustule d'ecthyma. Raymondaud (3) répond avec raison, que l'on trouve, il est vrai, autour ou à une certaine distance, des ulcérations présentant l'aspect de celles qui succèdent à des pustules d'ecthyma ; mais ce sont là des éruptions secondaires, tout au plus des clous avortés, qui diffèrent tellement des types décrits par les observateurs, qu'elles ne peuvent, logiquement, leur être comparées.

(1) Essai sur l'ulcère de Cochinchine, thèse P.-E. Guérin, 1868.

(2) Alix. In *loc. cit.*

(3) Raymondaud. In *loc. cit.*

6° *Le Rupia*. — Le même auteur démontre facilement que le parallèle ne peut être établi qu'entre les formes ostréacées, et qu'alors il est toujours possible de remonter à l'élément originel, bulleux dans le rupia, tuberculo-pustuleux dans l'affection qui nous occupe.

7° *L'anthrax*. — L'anthrax en diffère en ce qu'il a une évolution limitée, une forme spéciale de la tumeur, qu'il bourbillonne, et qu'il accompagne souvent le diabète.

8° *La pustule maligne* a une évolution tellement rapide que nous la citons seulement pour mémoire.

En dernière analyse, on pourra toujours établir le diagnostic en s'appuyant sur les caractères de l'ulcère d'Orient, qui consistent dans son siège à peu près constant et à la partie dorsale de l'avant-bras, de la main et du pied ; dans sa durée assez régulière d'un an ; dans l'absence de douleurs ; dans l'apparition tardive du ramollissement ; dans l'insensibilité des bords de l'ulcère ; dans l'aspect lisse, sec, uni de son fond, après la chute successive des croûtes.

TRAITEMENT

Le traitement de cette maladie, livrée à l'empirisme le plus absolu, a toujours été surchargé d'une foule de moyens curatifs plus ou moins heureux.

Il n'est pas sans intérêt de passer en revue les principaux.

Les habitants d'Alep ont observé, que de tous les moyens dont ils faisaient usage, l'application de feuilles de limonier ou de tranches de limon sur le bouton procurait la guérison la plus prompte. Les Arabes des bords du Nil conseillent de se frotter le corps avec une pastèque. La résistance des juifs de Bagdad au bouton d'Alep, est attribuée dans le pays à l'huile qu'ils consomment.

Mentionnons d'autres remèdes locaux : la pulpe de canne, le suc du prunellier, l'eau savonneuse ; les habitants du Rab mangent du chien.

Citons la cautérisation prématurée, qui, d'après Estienne (1), procurerait d'excellents résultats. Le cautère avec l'acide sulfurique qui transformerait le bouton en une plaie simple facilement guérissable.

M. Salina, médecin d'Alep, conseille, dit Guil-

(1) Estienne. In *loc. cit.*
Galy-Briulat.

hou (1), la cautérisation et prétend avoir réussi; il conseille aussi un cérat, dit de Nuremberg, composé de litharge, de camphre et de vinaigre, et de la pulpe de casse humectée d'eau de roses. Godard (2), recommande comme le meilleur remède l'eau froide.

Ponty (3) préconise les cautérisations au nitrate d'argent, mais à la condition de prendre deux précautions. D'abord ne pas mouiller le mal; en second lieu, ne pas détacher la croûte; il recommande encore de recouvrir le bouton d'une couche de collodion, parce qu'alors la cicatrice est bien moins grande.

Pour Suquet, les caustiques et les incisions n'ont pour résultat que d'étendre l'ulcère, de retarder sa marche, et de produire les cicatrices les plus difformes.

D'après Asher (de Bagdad), des cautérisations de nitrate d'argent, plusieurs fois répétées et faites à l'aide d'un crayon fin, donneraient de véritables succès.

La cautérisation au fer rouge paraît réduire à huit ou dix mois la durée du bouton d'Alep (Hamel) (4).

Castaing (5), qui emploie aussi le cautère actuel, préfère ordinairement, dans le but de modifier la

(1) Guilhou. In *loc. cit.*

(2) Godard. In *loc. cit.*

(3) Ponty. In *loc. cit.*

(4) Hamel. In *loc. cit.*

(5) Castaing. In *loc. cit.*

vitalité des parties, une solution concentrée de nitrate d'argent, qu'il fait pénétrer dans les anfractuosités de l'ulcère. Il répète cette opération deux ou trois fois, et obtient, dit-il, la guérison *au bout de quinze à vingt jours*.

Sonrier (1) pratique l'excision des parties malades.

Quelques cas de clous naissants, dit Weber (2), ont été enrayés par une forte cautérisation.

Russel (3) a employé avec succès l'emplâtre mercuriel contre le bouton d'Alep.

Le soufre n'aurait pas réussi ; il n'en serait pas de même du chlorate de potasse.

Raymondaud (4) a employé l'huile de cade et l'acide phénique en solution. L'huile de cade a excité une inflammation érythémateuse devant laquelle il a fallu s'arrêter. Les pansements phéniqués, dit-il, ne nous ont donné que des résultats incertains, et les cas dans lesquels nous y avons eu recours ont été trop peu nombreux pour que nous nous trouvions autorisé à nous prononcer sur le degré d'efficacité qu'ils peuvent avoir.

Weber conseille de soigner les complications et localement d'appliquer les topiques ; il faudrait rationnellement, dit-il, chercher l'agent destructeur du parasite.

(1) Sonrier. In *loc. cit.*

(2) Weber. In *loc. cit.*

(3) Russel. Natural history of Aleppo, London, 1756, p. 262.

(4) Raymondaud. In *loc. cit.*

C'est à cette dernière opinion que nous nous rangerons, opinion qui se rapproche beaucoup d'une des premières émises, l'opinion du profane Volney(1), qui prétend que le meilleur remède est de n'en point faire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

M. X. est parti vers le mois de mai 1881, en qualité d'attaché à une mission scientifique envoyée dans l'extrême Orient. Il a séjourné un mois environ dans la région du Coïck, a habité successivement Bagdad, Alep, Antioche et est revenu en France vers le mois de septembre 1881.

C'est à cette époque que nous avons pu l'observer. Notre malade se plaignait alors d'une déniangeaison assez vive à la partie sus-malléolaire externe de la jambe droite, il ne prétendait souffrir que localement depuis une dizaine de jours, et n'avait eu aucun accident prodromique, il attribuait la rougeur et l'induration qu'il remarquait à cet endroit, au grattage auquel il se livrait. Néanmoins, comme il avait vu dans la région d'où il venait, une quantité assez considérable de personnes atteintes de ce mal, et qu'il

(1) Volney. *In loc. cit.*

n'était pas sans savoir qu'il put le contracter, il nous signala lui-même l'hypothèse du bouton d'Alep, mis en éveil par cette communication, nous surveillâmes attentivement notre malade, et nous pûmes assister dès le début à l'évolution de la maladie.

En voici l'observation :

Septembre 1881. — tache rougeâtre, avec nodule central induré, siégeant environ à 3 centimètres au-dessus de la malléole externe de la jambe droite, et donnant lieu à un prurit assez vif ; au sommet de la tumeur une vésicule déterminée par un amas de sérosité qui soulève l'épiderme, cette vésicule crève d'elle-même, vers le 15 ou 16 septembre, et il en sort un liquide assez limpide, qui, au microscope, donne quelques gouttes de pus et des cellules épithéliales, suspendues dans un liquide assez clair.

Octobre 1881. — La tumeur augmente de volume jusque vers la fin d'octobre, époque à laquelle elle atteint à peu près la grosseur d'une noix ; pendant ce mois surviennent encore de petites vésicules qui crèvent et laissent échapper un liquide un peu moins clair séro-purulent, puis l'aréole inflammatoire disparaît, et tout reste en l'état, avec de petites utricules qui naissent et s'en vont.

Janvier 1882. — Pas de modification sensible, jusqu'au milieu du mois de janvier. A cette époque, le liquide des vésicules disparaît, la membrane vésiculaire se dessèche, et se transforme en une croûte

jaunâtre, qui s'exfolie vers la fin du mois, et tombe en entraînant avec elle un petit tractus blanc central.

Février 1882. — En soulevant cette croûte, on découvrait une ulcération bientôt mise à jour, soit par le grattage, soit par la chute naturelle de la croûte. Cette ulcération est profonde, taillée à pic, d'environ 3 centimètres à 3 centimètres 1/2 de diamètre, à bords calleux et décollés ne bourgeonnant pas, son fond est lisse.

Mars 1882. — Une sanie jaune verdâtre s'en échappe sans cesse, et une aréole inflammatoire, développée probablement par le haut de la chaussette, et le quartier de la chaussure, dans la marche, s'étend autour. Nous conseillons le repos, quelques bains locaux émollients, une chaussure basse et obturons la plaie avec un corps isolant (taffetas anglais et collodion).

Les accidents tout locaux et évidemment traumatiques disparaissent.

Avril 1882. — Il en est ainsi à peu près jusqu'au milieu du mois d'avril, avec de la suppuration, une légère tuméfaction circumulcéreuse, et une induration de la base. L'induration ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané, du reste elle n'a jamais été plus loin.

Mai 1882. — A cette époque le pus commence à se concréter, des bourgeons charnus s'élèvent du fond de l'ulcère, et vers le commencement du mois de mai

il se forme une croûte d'abord mince, puis épaisse qui tombe et se renouvelle deux fois, et vers la fin du mois suivant (juin 1882), la cicatrice est constituée. Cette cicatrice est irrégulière, déprimée, assez large et ressemblant assez à une cicatrice d'adénite scrofuleuse.

Juillet 1882. — Nous revoyons notre malade au commencement de juillet; la cicatrice présente le même aspect, elle est seulement un peu plus pâle.

La maladie est donc bien terminée en dix mois et demi environ.

Le cycle de cette observation ne s'écarte pas considérablement de celui qu'on est convenu de lui donner : il est peut-être un peu abrégé, mais des exemples nombreux en plus et en moins, prouvent qu'il ne s'écarte guère de la règle.

Quelques remarques à propos de cette observation :

D'abord pas de prodromes.

En second lieu, pas de symptômes généraux; une angine érythémateuse légèrement fébrile au mois de février, provenant d'un refroidissement, et absolument indépendante du bouton.

Possibilité de se livrer aux occupations journalières.

Accidents locaux en mars, développés par la marche et promptement calmés par un traitement rationnel.

Développement de l'ulcère au moment de la saison humide.

Périodes de formation, d'ulcération et de cicatrisation normales.

En résumé, notre observation confirme plainement celles connues et étudiées jusqu'à ce jour, nous ne pouvons que regretter que nos épreuves de microscope et d'inoculation n'aient pas eu grand résultat.

OBSERVATION II (1).

Grand (Michel), salle St-Maurice, n° 3. — Entré à l'hôpital de Limoges le 6 janvier 1874. — Ce cas, le premier reçu dans le service, nous fut signalé par le docteur Maratray, médecin-major du 138^e de ligne, qui avait appris à connaître cette affection en Afrique.

A son arrivée à Limoges, Grand était en parfait état de santé. — Le jour de son entrée à l'hôpital, nous constatons qu'il portait cinq boutons : un à la cuisse droite, quatre au visage. — Quelques jours après, il s'en développa un sixième au menton.

Ces clous présentant tous, à peu de chose près, les mêmes caractères, nous décrirons seulement, avec

(1) Raymondaud. In *loc. cit.*

les détails que nous jugeons nécessaires, celui qui siégeait à la partie antérieure de la cuisse droite, le plus considérable des six.

Sur la surface enflammée d'une éminence assez régulièrement convexe, d'un rouge violacé, tendue, rénitente, très peu douloureuse, un peu plus chaude que les parties voisines, étaient disséminés des points jaunes, dus à la présence de petits amas de matière purulente, retenus sous l'épiderme. Nous comptâmes vingt-deux de ces punctuations agglomérées sur ce bouton qui mesurait six centimètres de diamètre.

Peu après, l'épiderme qui recouvrait ces espèces de pustules plates se rompit, et la matière puriforme, épanchée autour de leurs orifices se concréta sous forme de petites écailles croûteuses.

Ces orifices s'agrandirent par ulcération. Il en résulta, au centre du bouton, une perte de substance irrégulière, dont les bords, séparés du fond, formaient des ponts cutanés, des lanières, des franges, des lambeaux flottants. Autour de ce vaste cratère, l'ulcération avait creusé dans le derme des sillons profonds, qui y décrivaient des dessins variés.

Pendant les premiers jours, nous avions prescrit, pour tout traitement, des bains et des cataplasmes. Ces topiques empêchant le pus de se concréter, la surface du clou conservait son aspect ulcéreux et déchiqueté.

Plus tard, sur le conseil d'un de nos collègues,
Galy-Briulat.

M, le docteur P. Lemaistre, nous fîmes faire des badigeonnages à l'huile de cade. Alors l'ulcère se recouvrit d'une croûte épaisse, circonée, stratifiée, offrant l'aspect d'une coquille d'huître. Ces caractères de la forme ulcéreuse et ostréacée, que le bouton de la cuisse présentait avec une sorte d'exagération, s'observaient aussi, mais à un moindre degré, sur les boutons de la tête. Ils étaient au nombre de cinq, quatre primitifs : un situé derrière l'oreille gauche, un sur l'angle gauche de la mâchoire inférieure, un à la queue du sourcil gauche, un à la tempe droite ; le cinquième, qui occupait le menton, se développa, nous l'avons dit, sous nos yeux, pendant le séjour du malade à l'hôpital. Sur le clou situé derrière l'oreille gauche, nous comptâmes neuf pustules encore apparentes. Elles étaient toutes excentriques, et le milieu, ulcéré, à bords saillants, déchiquetés, était en partie couvert de croûtes. Cet aspect était à peu près celui des trois autres boutons primitifs du visage : surface saillante et convexe, de trois à cinq centimètres de diamètre, rouge et pustuleuse aux bords, ulcéreuse et crustacée au centre, sécrétion peu abondante d'une sanie claire et très concrescible.

Le clou du menton débuta par une pustule isolée. Dix jours après ce début, la pustule était convertie en une ulcération d'un centimètre de diamètre, recouverte d'une épaisse croûte jaunâtre. Tout autour de cette croûte s'étendait une zone rouge, dont l'épiderme

fendillé formait, par ses débris encore adhérents, des espèces de franges concentriques. — Sur cette zone rouge existait une pustule isolée, de nouvelle formation.

En plusieurs autres points du visage, dans les moustaches, au bout du nez, entre les sourcils, sur les joues, d'autres pustules isolées, contemporaines de celle qui avait produit le clou du menton, s'étaient arrêtées dans leur évolution et avaient séché sur place.

Malgré le nombre des lésions concentrées sur la tête de ce malade, il ne survint aucune complication de lymphangite ni d'adénite.

Un peu d'érysipèle se produisit après les premières onctions d'huile de cade. Il se dissipa dès qu'on eut cessé l'emploi de ce topique.

Le traitement ne consista plus, dès ce moment, qu'en des applications de plumasseaux de charpie, imbibés d'une solution aqueuse d'acide phénique, à deux millièmes.

C'est sur ce malade que furent pratiquées les inoculations dont il a déjà été question. Du pus pris sur l'ulcère de la cuisse droite fut introduit, par deux piqûres de lancette, sous l'épiderme de la cuisse gauche du même sujet. Le résultat fut négatif.

Grand resta trois mois à l'hôpital, il sortit guéri le 9 avril 1874. Chacun des clous, dont il avait été atteint, avait laissé une cicatrice brune et déprimée, dont la surface perdit peu à peu de son irrégularité.

CONCLUSIONS

1° Le bouton d'Alep est pour nous une dermite diffuse spécifique, due à un dermatophyte découvert par M. Vandyke Carter.

2° Il doit être scientifiquement admis, dès à présent, que les dénominations bouton d'Alep, de Biskra, du Nil, de Delhi, etc., sont les modalités diverses d'une entité morbide unique.

3° Le bouton n'est pas contagieux.

4° L'inoculation et la récurrence sont possibles. Le principe actif inoculable siège dans la croûte.

5° Si par une observation attentive on tient compte des commémoratifs, de l'état général, des conditions des milieux, de la marche et de l'évolution des boutons, on ne peut en méconnaître la nature, et son diagnostic est facile.

6° Le pronostic est absolument bénin.

7° Le traitement doit être local — doit consister dans des applications topiques — pas de traitement général toujours inefficace — soigner les complications.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulation du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Électricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine, leur préparation, caractères distinctifs de leurs dissolutions.

Histoire naturelle. — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification, des sangsues. Décrire les diverses espèces d'hirudiniculture.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. --- De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pirogoff, sous-astragaliennne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant, caractères de la pureté des glycérolés, comment les prépare-t-on ?

Thérapeutique. — De la médecine vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu : le président de la thèse,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.

